

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Dasar Teori**

##### **2.1.1 Puskesmas**

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. (Kementrian Kesehatan, 2019)

Puskesmas bertujuan menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perawatan individu tingkat pertama. Puskesmas mengedepankan upaya promotif dan preventif guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. Puskesmas dipimpin oleh seorang kepala Puskesmas yang bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara umum, mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui upaya kesehatan perorangan (UKP) atau upaya kesehatan masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Hal ini disepakati oleh puskesmas dan dinas kesehatan yang bersangkutan. Perawat memberikan pelayanan di masyarakat, puskesmas biasanya memiliki subunit pelayanan seperti puskesmas pembantu, puskesmas keliling, posyandu, pos kesehatan desa maupun pondok bersalin desa (polindes).

Puskesmas memiliki satuan penunjang di antaranya adalah puskesmas pembantu dan puskesmas keliling, puskesmas pembantu yaitu unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dilakukan puskesmas dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil.

Beberapa sektor yang biasa bekerja sama dengan puskesmas antara lain:

1. Sekolah-sekolah untuk meningkatkan kesehatan siswa melalui kegiatan upaya kesehatan sekolah (UKS).
2. Penyuluh pertanian sehingga petani dapat menggunakan pupuk pestisida dengan baik, sehingga tidak menimbulkan berbagai macam penyakit.
3. Pembina Kesejahteraan Keluarga (PKK) tingkat kecamatan dan desa untuk membina keluarga sehat dengan menggerakkan Posyandu dan Posbindu PTM.

### **2.1.2 Tujuan Puskesmas**

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat juga menjelaskan bahwa pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang:

- 1) Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat
- 2) Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- 3) Hidup dalam lingkungan sehat
- 4) Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

### **2.1.3 Fungsi Pokok Puskesmas**

Ada 3 fungsi pokok puskesmas, yaitu:

1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk masyarakat perorangan maupun masyarakat yang bergerak di bidang usaha sesuai dengan wilayah kerjanya.

## 2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas hadir agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat yang bergerak dalam bidang usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri. Puskesmas juga ikut serta berperan aktif dalam memperjuangkan kesehatan termasuk sumber pembiayaan, dan ikut menetapkan, menyelenggarakan, serta memantau pelaksanaan program kesehatan.

## 3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas ialah:

- a) Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pribadi dengan tujuan umum menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.
- b) Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang bersifat publik dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dan pemulihan kesehatan.

### **2.1.4 Pelayanan Puskesmas**

Terlepas dari statusnya sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, Puskesmas memiliki fasilitas yang bisa diandalkan untuk melayani pasien. Puskesmas juga bisa memberikan perawatan penyakit yang memadai, meski memang tidak selengkap di rumah sakit besar.

Beberapa pelayanan kesehatan yang dapat diberikan oleh Puskesmas adalah:

#### 1. Rawat Jalan Tingkat Pertama

Puskesmas memberikan pelayanan pencegahan penyakit, konsultasi, dan saran pengobatan pada pasien yang tidak membutuhkan rawat inap.

Pelayanan rawat jalan yang disediakan oleh Puskesmas antara lain:

- a. Promosi, penyuluhan, dan pelayanan kesehatan fisik, kesehatan jiwa, kesehatan gigi, kesehatan reproduksi (termasuk deteksi dini kanker serviks), napza, pola makan, kesehatan lansia, serta kesehatan kerja dan olahraga
  - b. Pelayanan kesehatan lingkungan dengan memantau tempat-tempat umum, pengelolaan makanan, dan sumber air bersih.
  - c. Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, seperti pemeriksaan kondisi ibu hamil, membantu persalinan, perawatan masa nifas, program keluarga berencana, pemberian imunisasi dasar bagi bayi dan anak, serta konseling menyusui dan makanan pendamping ASI
  - d. Pelayanan gizi dengan melakukan deteksi dini kasus gizi di masyarakat dan melakukan asuhan keperawatan pada kasus gizi
  - e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular
  - f. Pelayanan skrining kesehatan untuk pasien dengan risiko penyakit kronis, seperti diabetes tipe 2 dan hipertensi
  - g. Pengobatan tradisional, komplementer, dan alternatif dengan pemanfaatan tanaman obat keluarga
2. Rawat Inap Tingkat Pertama
- Puskesmas juga memberikan penanganan rawat jalan yang disertai tambahan fasilitas rawat inap sesuai indikasi medis pasien. Rawat inap di Puskesmas hanya diperuntukkan untuk kasus-kasus yang durasi rawatnya paling lama 5 hari. Pasien yang memerlukan perawatan lebih dari 5 hari harus dirujuk ke rumah sakit.
3. Layanan Kesehatan Pengguna BPJS Kesehatan di Puskesmas
- Sejak tahun 2014, pemerintah Indonesia telah menetapkan sistem jaminan kesehatan berskala nasional yang dinamakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dengan menjadi peserta JKN dan membayar iuran sesuai kewajiban, peserta akan mendapat pelayanan kesehatan sesuai haknya.

Keuntungan sebagai peserta JKN adalah mendapatkan pelayanan kesehatan dengan keringanan biaya atau bahkan tanpa dipungut biaya sama sekali. Berikut adalah kemudahan-kemudahan yang bisa didapatkan oleh peserta JKN:

- a. Apabila Anda berada di luar wilayah Puskesmas atau fasilitas kesehatan (faskes) tempat Anda terdaftar, Anda masih bisa berobat di Puskesmas manapun, tidak harus di Puskesmas tempat Anda terdaftar.
- b. Jika terjadi keadaan gawat darurat, Anda juga bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas atau faskes manapun.
- c. Jika Anda memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, dokter di Puskesmas atau faskes akan memberikan rujukan agar Anda dapat melanjutkan pengobatan ke fasilitas layanan kesehatan yang lebih lengkap, seperti di rumah sakit.
- d. Apabila terdapat kondisi kritis atau penyakit tertentu yang perlu ditangani oleh dokter spesialis dan memerlukan fasilitas yang tidak tersedia di Puskesmas, maka Puskesmas dapat memberikan surat pengantar untuk merujuk pasien ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut, yaitu rumah sakit.

#### **2.1.5 Sistem Pembayaran Prospektif**

Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah global budget, Perdiem, Kapitasi dan case based payment.

Sistem pembiayaan prospektif dapat mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar, pembatas pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan berlebihan (*under use*), mempermudah administrasi klaim, dan mendorong provider untuk melakukan *cost containment*. *Cost containment* adalah praktek meminimisasi sampai batas yang dimungkinkan, peningkatan berkala biaya *variable* dan *total fixed cost per unit* (Suhartoyo, 2018). *Cost containment*

terbukti dapat mengeliminasi risiko kemungkinan menurunnya kualitas pelayanan jika pelayanan terlalu disederhanakan.

#### **2.1.6 Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK)**

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa hasil kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan. (BPJS Kesehatan, 2019)

Penerapan pembayaran KBK pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Tujuan dari penerapan Kapitasi Berbasis Kinerja ini adalah meningkatkan performa FKTP, diukur melalui Indikator kinerja yang telah ditetapkan. Apabila pemenuhan indikator kinerja bernilai baik, maka FKTP akan mendapatkan reward dan berpengaruh kepada tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Sebaliknya, jika dalam pemenuhan indikator kinerja bernilai buruk, maka ada pengurangan jumlah besaran kapitasi yang disesuaikan dengan tingkat pencapaian indikator kinerja yang diperoleh FKTP.

KBK sendiri merupakan sistem pembayaran kapitasi ke-FKTP berdasarkan pemenuhan atau pencapaian 3 (Tiga) indikator yang sesuai dengan peraturan BPJS kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 yang telah disepakati oleh Kementerian Kesehatan, dan asosiasi FKTP tingkat pusat dengan 3 (Tiga) indikator yang diterapkan yaitu :

##### **1. Angka Kontak (AK)**

Angka Kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta berdasarkan jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas

peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.

Indikator Angka Kontak dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$AK = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Perhitungan Angka Kontak merupakan perbandingan antara jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).

Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam 1 (satu) bulan.

## 2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

Kasus non spesialistik adalah penyakit yang mampu didiagnosis dan ditatalaksana secara mandiri dan tuntas sesuai dengan standar kompetensi dokter atau dokter gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP, sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya. Indikator rasio rujukan non spesialistik dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RRNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialistik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100\%$$

Perhitungan RRNS merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan

perundang-undangan. Rujukan kasus non spesialisik dengan kriteria Time, Age, Complication dan Comorbidity (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisik. Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.

### 3. Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan Prolanis oleh FKTP dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien Diabetes Mellitus tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien Hipertensi Essensial (HT).

Indikator rasio peserta prolanis terkendali dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RPPT = \frac{\text{rasio Prolanis DM terkendali} + \text{rasio Prolanis HT terkendali}}{2}$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan capaian Rasio Peserta Prolanis DM Terkendali ditambah capaian Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali dibagi 2 (dua).

Rasio Peserta Prolanis Terkendali DM dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RPPT\ DM = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis DM terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali DM merupakan perbandingan antara jumlah pasien DM yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM dikali 100% (seratus persen).

Rasio Peserta Prolanis Terkendali DM dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RPPT\ HT = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis HT terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT}} \times 100\%$$

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali merupakan perbandingan antara jumlah pasien HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan tekanan darah terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT dikali 100% (seratus persen).

### 2.1.7 Perhitungan Capaian Pembayaran KBK

- 1) Bobot indikator kinerja Pembayaran KBK adalah sebagai berikut:
  - a. Indikator angka kontak adalah sebesar 40% (empat puluh persen)
  - b. Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah sebesar 50% (lima puluh persen)
  - c. Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah sebesar 10% (sepuluh persen)

- 2) Target Indikator Kinerja

Target indikator kinerja adalah nilai dari perhitungan pencapaian indikator Pembayaran KBK dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Target indikator angka kontak adalah paling sedikit 150%o (seratus lima puluh permil)
- b. Target indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah paling banyak 2% (dua persen)
- c. Target indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah paling sedikit 5% (lima persen)

- 3) Kriteria penilaian

Kriteria penilaian Pembayaran KBK dibagi dalam 4 kriteria rating berdasarkan target indikator kinerja, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Kriteria penilaian angka kontak:
  - 1) Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak  $<140\%o$
  - 2) Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak  $>140\%o - 145\%o$
  - 3) Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak  $>145\%o - <150\%o$
  - 4) Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak  $>150\%o$
- b. Kriteria penilaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik
  - (1)Kriteria rating 1 apabila capaian RRNS  $>3\%$
  - (2)Kriteria rating 2 apabila capaian RRNS  $>2,5\% - 3\%$
  - (3)Kriteria rating 3 apabila capaian RRNS  $>2\% - 2,5\%$
  - (4)Kriteria rating 4 apabila capaian RRNS  $< 2\%$
- c. Kriteria penilaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali

- (1) Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT <3%
- (2) Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT 3% - <4%
- (3) Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT 4% - <5%
- (4) Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT >5%

d. Penilaian capaian Pembayaran KBK

Penilaian capaian Pembayaran KBK dilakukan atas perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan dengan rating dari kriteria penilaian capaian kinerja.

Besaran pembayaran kapitasi per FKTP berdasarkan penjumlahan nilai capaian Pembayaran KBK per masing-masing indikator, dengan ketentuan sebagai berikut :

a. FKTP Puskesmas

- (1) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- (2) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- (3) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- (4) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 85% (delapan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

b. FKTP Klinik Pratama / RS D Pratama

- (1) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- (2) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 97%

(sembilan puluh tujuh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

(3) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 96% (sembilan puluh enam persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

(4) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

*Tabel 2.1 Penilaian Pelaksanaan KBK*

No	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian
				Rating	Deskripsi	
a	b	c	d	e	f=bxd	
1	Angka Kontak	40%	≥ 150%o	4	≥ 150%o	1.6
				3	>145%o- <150%o	1.2
				2	>140%o- 145%o	0.8
				1	≤140%o	0.4
2	RRNS	50%	≤2%	4	≤2%	2
No	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian
a	b	c	d	e	f=bxd	
				3	>2-2,5%	1.5
				2	>2,5-3%	1
				1	>3%	0.5
3	RPPT	10%	≥ 5%	4	≥ 5%	0.4
				3	4%-<5%	0.3
				2	3%-<4%	0.2
				1	<3%	0.1

Sumber : Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019

*Tabel 2.2 Penyesuaian Pembayaran Kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian KBK*

No	Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi	
		Puskesmas	Klinik Pratama/ RS D Pratama
1	4	100%	100%
2	3-<4	95%	97%

No	Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi	
		Puskesmas	Klinik Pratama/ RS D Pratama
3	2-<3	90%	96%
4	1-<2	85%	95%

Sumber : Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019

### 2.1.8 Kapitasi

Kapitasi adalah sebuah metode pembayaran untuk pelayanan kesehatan dimana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang sebenarnya diberikan (BPJS Kesehatan, 2019). Hal ini juga dijelaskan dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, yang menyatakan bahwa tarif kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

### 2.1.9 Pengelolaan Dana Kapitasi

Pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan. (Presiden Republik Indonesia, 2014)

#### a) Mekanisme Penyaluran Dana Kapitasi

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dengan sistem kapitasi yaitu berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di Puskesmas tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dana kapitasi dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan kepada Bendahara Dana Kapitasi JKN pada puskesmas.

#### b) Mekanisme Penganggaran

Penganggaran dana kapitasi JKN pada FKTP dilakukan oleh kepala FKTP. Penyusunan rencana pendapatan dana kapitasi JKN setiap tahunnya berdasarkan alokasi penyaluran dana kapitasi JKN tahun anggaran sebelumnya. Penyusunan rencana pendapatan dana kapitasi

JKN juga memperhitungkan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besarnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tata cara dan format penyusunannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

c) Mekanisme Pelaksanaan dan Penatausahaan

Mekanisme pelaksanaan dan penatausahaan dana kapitasi JKN pada Puskesmas dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Kepala Dinas Kesehatan menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) berdasarkan peraturan daerah tentang APBD tahun anggaran berkenaan dan peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD tahun anggaran berkenaan;
2. Kepala daerah menetapkan Bendahara Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas atas usul Kepala Dinas Kesehatan melalui PPKD;
3. Bendahara Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas membuka Rekening Dana Kapitasi JKN, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah dan merupakan bagian dari Rekening BUD;
4. Kepala Puskesmas menyampaikan Rekening Dana Kapitasi JKN kepada BPJS Kesehatan;
5. BPJS Kesehatan membayar dana kapitasi JKN melalui Rekening Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas yang diakui sebagai pendapatan Puskesmas dan dapat dipergunakan langsung untuk pelayanan peserta JKN pada Puskesmas;
6. Bendahara Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas mencatat dan menyampaikan realisasi pendapatan dan belanja setiap bulan kepada Kepala Puskesmas;
7. Kepala Puskesmas menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja tersebut kepada Kepala Dinas Kesehatan dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab. Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya;

8. Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) Puskesmas kepada PPKD. SP2B FKTP tersebut termasuk sisa dana kapitasi yang belum digunakan pada tahun anggaran berkenaan;
9. Berdasarkan SP3B Puskesmas, PPKD selaku BUD menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) Puskesmas. PPK-SKPD dan PPKD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja Puskesmas berdasarkan SP2B.

#### Proses Perencanaan dan Penganggaran



#### Proses Pencairan dan Pertanggungjawaban



*Gambar 2.1 Pengelolaan Dana Kapitasi oleh Puskesmas BLUD*

#### d) Mekanisme Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pelaporan dan pertanggungjawaban dimulai dengan pembuatan rekapitulasi laporan Penerimaan dan belanja dana kapitasi JKN setiap FKTP berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN.

PPK-SKPD melakukan verifikasi terhadap rekapitulasi laporan realisasi pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN pada masing-masing FKTP.

Verifikasi untuk menguji:

1. Perhitungan laporan realisasi pendapatan dan belanja Dana Kapitasi JKN setiap triwulan;
2. Kesesuaian belanja dana kapitasi JKN dengan RKA-FKTP Dana Kapitasi JKN, RKA-SKPD, DPA SKPD, dan informasi pendapatan dana kapitasi JKN berupa notifikasi dari BPJS Kesehatan; dan
3. Surat pernyataan tanggung jawab mutlak dana kapitasi JKN oleh kepala FKTP.

#### 2.1.10 Standar Tarif Kapitasi di FKTP

Standar Tarif Kapitasi ditetapkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas sebesar Rp3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah) sampai dengan Rp9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per peserta per bulan;
- b. Rumah Sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp9.000,00 (sembilan ribu rupiah) sampai dengan Rp16.000,00 (enam belas ribu rupiah) per peserta per bulan;
- c. Praktik mandiri dokter atau praktik dokter layanan primer sebesar Rp8.300,00 (delapan ribu tiga ratus rupiah) sampai dengan Rp15.000,00 (lima belas ribu rupiah) per peserta per bulan; dan
- d. Praktik mandiri dokter gigi sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp4.000,00 (empat ribu rupiah) per peserta per bulan.

Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi.

*Tabel 2.3 Besaran Tarif Berdasarkan Rasio Dokter*

Ketersediaan dokter atau rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tersedia dokter gigi	Rp7.000,00 (tujuh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:≤5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp6.300,00 (enam ribu tiga ratus rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tersedia dokter gigi	Rp6.000,00 (enam ribu rupiah)

Ketersediaan dokter atau rasio dokter terhadap jumlah peserta	Ketersediaan dokter gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1:>5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp5.300,00 (lima ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tersedia dokter gigi	Rp4.300,00 (empat ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tidak tersedia dokter gigi	Rp3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah)

Ketentuan mengenai besaran tarif berdasarkan risiko peserta terdaftar ditetapkan berdasarkan koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia peserta terdaftar. Penentuan risiko peserta terdaftar hanya berlaku bagi puskesmas, rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik mandiri dokter, atau praktik dokter layanan primer yang memiliki peserta lebih dari 100 (seratus) peserta. Koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia sebagai berikut:

*Tabel 2.4 Koefisien Risiko*

Kelompok Usia (Tahun)	Koefisien	
	Laki-Laki	Perempuan
0-5	1,16	1,12
6-20	0,78	0,83
21-60	0,84	1,18
60+	1,46	1,57

Koefisien risiko peserta terdaftar digunakan untuk mengalikan besaran tarif berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi.

#### **2.1.11 Standar Tarif Non Kapitasi**

Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2023)

Tarif Non Kapitasi diberlakukan untuk pelayanan yang mencakup:

- a. Pelayanan ambulans;
- b. Pelayanan obat program rujuk balik;
- c. Pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis;
- d. Skrining kesehatan tertentu termasuk:
  1. Pemeriksaan inspeksi visual asam asetat (iva-test) untuk penyakit kanker leher rahim;
  2. Pemeriksaan pap smear untuk penyakit kanker leher rahim;
  3. Pemeriksaan gula darah untuk penyakit diabetes mellitus;
  4. Pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk penyakit thalassemia; dan
  5. Pemeriksaan rectal touche dan darah samar feses untuk penyakit kanker usus.
- e. Pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim;
- f. Pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis;
- g. Pelayanan kebidanan dan neonatal, termasuk pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (shk) yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya;
- h. Pelayanan kontrasepsi;
- i. Pelayanan gawat darurat pada fktf yang belum bekerja sama dengan bpjs kesehatan; dan
- j. Pelayanan protesa gigi.

## **2.1.12 Pemanfaatan Dana Kapitasi**

### **1. Jasa Pelayanan**

Alokasi Dana Kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP. Tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan meliputi Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, dan pegawai tidak tetap, yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Menteri Kesehatan, 2016)

Pembagian jasa pelayanan kesehatan ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel:

- a. Jenis ketenagaan dan/atau jabatan
  - A. Variabel jenis ketenagaan dan/atau jabatan, dinilai sebagai berikut:
    - 1) Tenaga medis, diberi nilai 150 (seratus lima puluh);
    - 2) Tenaga apoteker atau tenaga profesi keperawatan (ners), diberi nilai 100 (seratus);
    - 3) Tenaga kesehatan paling rendah s1/d4, diberi nilai 80 (delapan puluh);
    - 4) Tenaga kesehatan d3, diberi nilai 60 (enam puluh);
    - 5) Tenaga non kesehatan paling rendah d3, atau asisten tenaga kesehatan, diberi nilai 50 (lima puluh); dan
    - 6) Tenaga non kesehatan di bawah d3, diberi nilai 25 (dua puluh lima).
  - B. Tenaga yang merangkap tugas administratif diberi nilai :
    - 1) Tambahan nilai 100 (seratus), untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai kepala FKTP
    - 2) Tambahan nilai 50 (lima puluh), untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai bendahara Dana Kapitasi JKN
    - 3) Tambahan nilai 30 (tiga puluh), untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai Kepala Tata Usaha atau penanggung jawab penatausahaan keuangan
  - C. Tenaga yang merangkap tugas sebagai penanggung jawab program atau yang setara, diberi tambahan nilai 10 (sepuluh) untuk setiap program atau yang setara.
  - D. Setiap tenaga yang memiliki masa kerja diberi nilai:
    - 1) 5 (lima) tahun sampai dengan 10 (sepuluh) tahun, diberi tambahan nilai 5 (lima)
    - 2) 11 (sebelas) tahun sampai dengan 15 (lima belas) tahun, diberi tambahan nilai 10 (sepuluh)

- 3) 16 (enam belas) tahun sampai dengan 20 (dua puluh) tahun, diberi tambahan nilai 15 (lima belas)
  - 4) 21 (dua puluh satu) tahun sampai dengan 25 (dua puluh lima) tahun, diberi tambahan nilai 20 (dua puluh); dan e. lebih dari 25 (dua puluh lima) tahun, diberi tambahan nilai 25 (dua puluh lima).
- b. Kehadiran
- 1) Hadir setiap hari kerja, diberi nilai 1 (satu) poin per hari.
  - 2) Terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya yang diakumulasi sampai dengan 7 (tujuh) jam, dikurangi 1 (satu) poin.
  - 3) Ketidakhadiran karena sakit dan/atau penugasan kedinasan oleh pejabat yang berwenang paling banyak 3 (tiga) hari kerja tetap diberikan nilai
- c. Jumlah jasa pelayanan yang diterima oleh masing-masing tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan



*Gambar 2.2 Perhitungan Jasa Pelayanan Yang Diterima Tenaga Kesehatan Dan Non Kesehatan*

**Keterangan**

Presentase kehadiran = jumlah kehadiran dibagi jumlah hari kerja selama satu bulan

**2. Biaya Operasional**

Penggunaan Dana Kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Menteri Kesehatan, 2016)

1. Alokasi Dana Kapitasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk:

- a. Biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
  - b. Biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya.
2. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi:
- a) Belanja barang operasional, terdiri atas:
    1. Pelayanan kesehatan dalam gedung
    2. Pelayanan kesehatan luar gedung
    3. Operasional dan pemeliharaan kendaraan puskesmas keliling
    4. Bahan cetak atau alat tulis kantor
    5. Administrasi, koordinasi program, dan sistem informasi
    6. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan
    7. Pemeliharaan sarana dan prasarana
  - b) Belanja modal untuk sarana dan prasarana yang pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Pengadaan obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan pengadaan barang/jasa yang terkait dengan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya dapat dilakukan oleh SKPD dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **2.2 Kerangka Konsep**

Pembayaran dana kapitasi berdasarkan pada ketercapaian KBK dengan pemenuhan atau pencapaian indikator yang sesuai peraturan BPJS kesehatan Nomor 7 Tahun 2019. Tarif kapitasi didasarkan pada rasio dokter dan koefisien resiko peserta. Dana kapitasi yang sudah diperoleh dikelola oleh puskesmas melalui proses pencairan, penganggaran, penatalaksanaan, pertanggungjawaban. (Presiden Republik Indonesia, 2014)

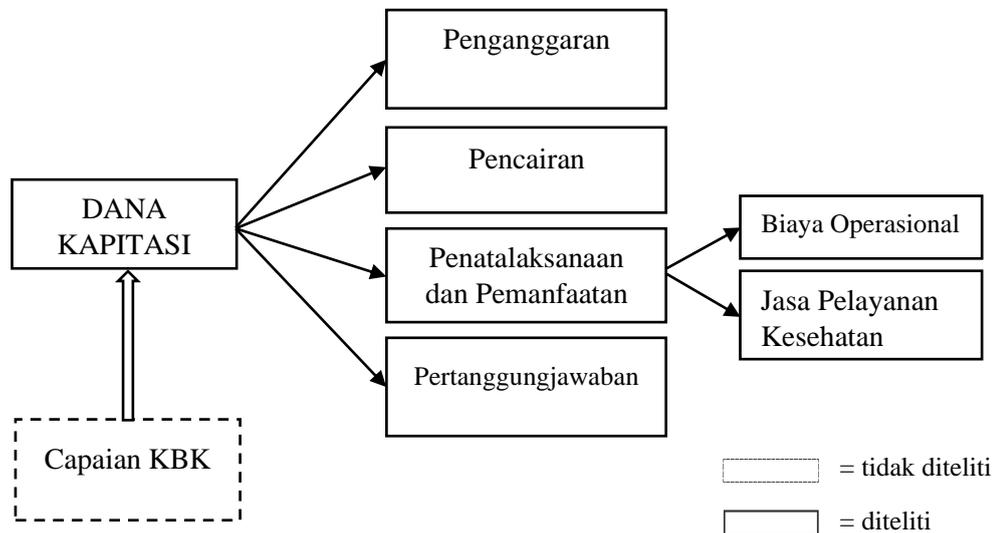
Dana Kapitasi dimanfaatkan oleh puskesmas berdasarkan Permenkes No. 6 Tahun 2022 pasal 2 dinyatakan bahwa:

“Pengaturan penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada FKTP milik pemerintah daerah ditujukan bagi FKTP milik pemerintah daerah yang belum menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah.”



Sumber : modifikasi (Perpres No. 32 Tahun 2014 dan Permenkes No. 06 Tahun 2022)

Gambar 2.3 Bagan Dana Kapitasi



Sumber : modifikasi (Perpres No. 32 Tahun 2014 dan Permenkes No. 06 Tahun 2022 )

Gambar 2.4 Kerangka Konsep Pemanfaatan Dana Kapitasi Puskesmas

Penelitian ini berdasarkan pengelolaan dana kapitasi yang terdapat 4 (empat) tahapan yaitu proses pencairan dana kapitasi, penganggaran, penatalaksanaan dan pemanfaatan, serta pertanggungjawaban. Penelitian ini berfokus pada pemanfaatan dana kapitasi yang digunakan untuk jasa pelayanan kesehatan yaitu sekurang-kurangnya 60% dan 40% digunakan untuk biaya operasional kesehatan. Namun pada penelitian ini tidak meneliti tentang ketercapaian Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).